

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 juillet 2022

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
MM. Bonard et Riesen, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...] ([...]), recourante, représentée par Me Lauris Loat, avocat  
à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 6 s., 16 et 61 let. c LPGA ; 28 a al. 3 LAI ; 27bis al. 3 let. a RAI**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est divorcée et mère de deux enfants adultes. Elle a travaillé, du 1<sup>er</sup> décembre 2015 au 31 juillet 2018, en qualité d'auxiliaire polyvalente à 50 % auprès de l'A.\_\_\_\_\_, à [...]. Le 19 avril 2018, l'assurée a démissionné de ce poste de travail en raison de son déménagement à [...] (chez son compagnon actuel).

L'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 15 novembre 2018 pour une rectocolite hémorragique ulcéreuse, une spondylarthrite et une arthrose.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a notamment recueilli les éléments suivants :

- un questionnaire pour l'employeur complété le 14 décembre 2018, et l'extrait de compte salaire joint, dans lequel il est indiqué que le salaire annuel brut de l'assurée était de 37'653 fr. 45, du 1<sup>er</sup> août 2017 au 31 juillet 2018, pour son activité exercée à mi-temps ;

- un questionnaire 531bis du 18 décembre 2018, dans lequel l'assurée a indiqué en bonne santé vouloir travailler à 80 %, depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2018, comme assistante socio-éducative ou aide-infirmière, par intérêt personnel et nécessité financière ;

- un rapport médical du 9 janvier 2019 de la Dre E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'époque, posant les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de spondylarthrite avec sacro-iliite droite depuis 2018, discopathie de type Modic 2 L4-L5 depuis 2017, arthrose rachidienne postérieure pluri-étagée, rectocolite ulcéro-hémorragique et polyarthrose des doigts depuis 2014. Le traitement consistait en la prise d'antalgiques et de Salofalk® pour la rectocolite ulcéro-hémorragique. Les limitations fonctionnelles étaient des

douleurs polyarticulaires et rachidiennes, une fatigue ainsi que des troubles du sommeil. L'incapacité de travail de l'assurée était totale depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018, avec une capacité de travail de 20 % dans une activité adaptée dès le 8 janvier 2019 et de 30 % à partir du 16 janvier 2019, à réévaluer. En annexe à ce document figurait un rapport de consultation du 6 novembre 2018 de la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Cette praticienne a posé les diagnostics d'atteinte mixte et inflammatoire du rachis (discopathie type Modic 2, L4-L5 et arthrose postérieure pluri-étagée), de spondylarthrite (sacro-iliite droite), de polyarthrose des doigts, de tunnel carpien droit et probablement gauche, de maladie de Dupuytren des 3 et 4<sup>èmes</sup> rayons prédominant à droite, ainsi que de rectocolite ulcéro-hémorragique. L'atteinte ne s'accompagnait pas d'un syndrome inflammatoire. L'assurée s'était vue proposer des infiltrations des articulations postérieures, un bilan neurologique ainsi qu'un avis de chirurgie de la main. Un traitement de Salazopyrine® pouvait se discuter. La poursuite de l'activité d'auxiliaire de santé était difficile ;

- un rapport du 30 janvier 2019 de la Dre I. \_\_\_\_\_ ajoutant aux diagnostics déjà retenus un épuisement, voire un état dépressif, existant depuis plusieurs années. Il n'y avait pas d'intervention chirurgicale pour l'instant, le traitement consistait en la prise de Salazopyrine®, et un bilan psychiatrique était prévu. La capacité de travail de l'assurée était évaluée à 10 - 20 % en tant qu'auxiliaire de santé, profession impliquant des efforts physiques avec le port de charges, des mouvements répétitifs du tronc ainsi que le contact avec des patients. Les restrictions fonctionnelles retenues étaient tous les mouvements répétitifs du tronc ainsi que le port de charge répétitif supérieur à dix kilos. Selon cette médecin, la situation n'était pas stabilisée ; dans l'immédiat, seule une reprise du travail d'au maximum une à deux heures par jour, même dans une activité adaptée, était envisageable. Il convenait d'évaluer l'état d'épuisement, voire l'état dépressif, de l'assurée. En annexe à ce document figurait un rapport non daté de la Dre V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, dont il ressort que le syndrome du tunnel carpien bilatéral, avec atteinte minime sur le plan électrophysiologique (confirmé par un examen

électromyographique du 26 novembre 2018 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie), n'avait pas été opéré en raison d'une régression de la symptomatologie neurologique mais aussi tendineuse. Concernant les lombalgies, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, de l'[...] à [...], n'avait pas réalisé d'infiltration compte tenu de la bonne amélioration de la symptomatologie douloureuse intervenue depuis l'arrêt de travail (rapport du 6 décembre 2018) ;

- un rapport du 9 avril 2019 dans lequel la Dre E.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit au questionnaire adressé dans l'intervalle par l'OAI :

- “1. *Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?*  
La situation est stationnaire, avec toujours une baisse de mobilité et persistance des douleurs lombaires, aux talons et aux coudes.
2. *Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?*  
0% dans son emploi d'aide-soignante, depuis le 01.07.2018.
3. *Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?*  
Dans l'activité adaptée, on peut estimer un 30% depuis le 10.05.2019.
4. *Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?*  
La patiente ne peut pas rester dans une profession fixe (debout, assise plus de 90 minutes, à cause des lombalgies) elle présente des douleurs articulaires matinales avec une rigidité de 1 à 2 heures et ne peut pas marcher.
5. *Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?*  
ICT [incapacité de travail] du 01.11.2018 au 8.01.2019 puis c'est la Drsse I.\_\_\_\_\_ qui a pris la relève.
6. *Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*  
Salazopirine 2x/jour, très mal supporté, Dafalgan 1gr, Ecofenac 50mg, Omeprazol 40mg.
7. *Autres remarques :*  
La patiente vient à ma consultation depuis 30 ans, elle a toujours été active professionnellement et sans plaintes, depuis l'été 2018 sa maladie l[a] handicape.” ;

- des réponses de l'assurée du 24 juin 2019 à l'OAI confirmant que son état de santé défailant, mais stable, avec parfois des crises plus douloureuses en raison de la spondylarthrite et de la rectocolite

hémorragique ulcéreuse, l'empêchait de reprendre son activité habituelle de soignante.

Par communication du 11 septembre 2019, l'OAI a informé l'assurée que des mesures d'intervention précoce n'étaient pas envisageables dans son cas, et que l'instruction de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité se poursuivait.

Dans un avis médical du 2 avril 2020, la Dre T.\_\_\_\_\_, du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a estimé qu'en raison des atteintes somatiques (rachidienne, spondylarthrite, main et rectocolite hémorragique ulcéreuse) l'activité d'auxiliaire de santé n'était plus exigible de la part de l'assurée, sans toutefois disposer d'éléments quant à l'évolution de la capacité de travail depuis 2014. Le médecin du SMR ne comprenait cependant pas pour quels motifs, dans une activité plus légère sur le plan somatique, la capacité de travail de l'assurée était limitée à 30 %, en particulier compte tenu de l'amélioration clinique annoncée. Il convenait enfin d'instruire l'éventuelle atteinte à la santé psychique.

Par rapport du 7 avril 2020, la Dre I.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions complémentaires de l'OAI :

- “1. *Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?*  
Atteinte mixte inflammatoire et dégénérative du rachis  
- Discopathie type Modic 2, L4-L5  
- Arthrose postérieure pluri-étagée  
- Spondylarthrite avec sacro-iliite droite.
2. *Depuis quand les diagnostics se répercutent-ils sur la capacité de travail (date approximative, vraisemblable, qui peut être antérieure à votre suivi, sachant que Mme C.\_\_\_\_\_ a diminué progressivement son taux d'activité depuis 2014) et comment la capacité de travail a évolué depuis ?*  
Certainement 2014. Je ne peux pas évaluer la capacité de travail car je ne l'ai examinée pour la première [fois] que le 07.09.2018.
3. *Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?*  
La situation reste stationnaire.

4. *Sur le plan purement somatique quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle d'auxiliaire de santé ? Depuis quand ?*  
(sur un taux de 100%, même si le taux contractuel est inférieur)  
Nulle en tant qu'auxiliaire de CMS.
5. *Même question dans une activité adaptée ? Depuis quand ?*  
(sur un taux de 100%, dans l'hypothèse d'une activité exercée à plein temps)  
Une à deux heures par jour depuis ma première consultation.
6. *Quelles sont les limitations fonctionnelles à prendre en compte ?*  
Tout mouvement répétitif du tronc, flexion, extension, rotation, le port de charge répétitif supérieur à 10kg, les positions prolongées.
7. *Si la capacité de travail dans une activité adaptée reste partielle merci d'en expliquer les raisons.*  
Vu la formation professionnelle, les activités possibles sont de toute manière physique (cf. point 11).
8. *Une amélioration est-elle envisageable ? Sous quel délai ?*  
Probablement pas.
9. *Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?*  
Aucune certifiée par moi-même.
10. *Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*  
Actuellement physiothérapie.
11. *Autres remarques*  
Une appréciation par vos services serait indiquée."

Le 14 avril 2020, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle n'était plus suivie par un psychiatre depuis le 8 avril 2019 ; elle l'avait consulté à une seule reprise, et sur conseil des Dres I. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_, mais ne s'était pas sentie en confiance et elle n'avait retiré aucun bénéfice de sa séance avec la Dre D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Elle poursuivait par contre la physiothérapie régulièrement.

Suivant le point de vue du SMR (avis médical du 19 mai 2020 de la Dre T. \_\_\_\_\_), l'OAI a, via la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire au W. \_\_\_\_\_ SA, à [...]. Les Drs Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et S. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ont

établi leur rapport le 25 septembre 2020. Sur la base de leurs examens cliniques des 30 juillet 2020 (de 09h25 à 11h00 et de 11h05 à 12h10) et 17 août 2020 (de 11h00 à 11h45) ainsi que l'étude du dossier médical mis à leur disposition, ces experts ont posé les diagnostics suivants :

- “- Spondylarthropathie dans le cadre d'une recto-colite hémorragique, M45
- Canal carpien bilatéral, G56.0
- Douleur lombaire sur discopathie, M51.9
- Arthrose des doigts avec nodosités d'Heberden
- Ténosynovite des fléchisseurs des doigts des 2 mains
- Douleurs des poignets, des coudes et des genoux non retrouvés cliniquement
- Discopathie cervicale sans douleur
- Recto-colite ulcéro-hémorragique, K51.9.”

Les experts du W.\_\_\_\_\_ ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes :

“Limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique : Pas d'effort de soulèvement au-delà de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux de buste, ni de rotations répétées du buste, comme du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 10 kg. Changement de position régulier.”

En guise de conclusions, les experts du W.\_\_\_\_\_ ont estimé que si la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle depuis juillet 2018, elle était de 80 % (100 % avec diminution de rendement de 20 % d'ordre rhumatologique) dans une activité adaptée depuis lors. Sur le plan thérapeutique, l'expert rhumatologue préconisait la poursuite de la physiothérapie ainsi que des infiltrations articulaires postérieures.

Dans un complément du 3 novembre 2020, l'expert rhumatologue du W.\_\_\_\_\_ a notamment exposé ce qui suit :

*“[...] 1. Dans l'éventualité d'un taux contractuel de 100% dans l'activité de référence d'auxiliaire de santé, merci d'indiquer depuis quelle date (en l'étayant), on peut admettre une baisse de la capacité de travail en lien avec son/ses atteinte/s, et l'évolution de cette capacité jusqu'à juillet 2018 où cette activité est estimée non exigible ?*

Réponse. On peut admettre une baisse de la capacité de travail depuis début 2018 – constatation de discopathies lombaire et cervicale –, chiffrée à 20% en janvier 2018 par le Dr I.\_\_\_\_\_, taux qui baisse à 0% en lien avec la spondylarthrite ankylosante.

2. *Dans une activité adaptée, vous retenez une capacité de travail de 80% depuis juillet 2018. Doit-on en déduire qu'avant cette date, la capacité de travail était entière dans cette activité adaptée ?*

Réponse. Oui.”

Dans un rapport médical du 9 novembre 2020, la Dre T.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu, comme atteinte principale à la santé, une spondylarthropathie dans le cadre d'une rectocolite ulcéro-hémorragique (M45) et, comme pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, un canal carpien bilatéral ainsi que des lombalgies sur discopathie. Les facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI étaient une arthrose des doigts avec nodosités d'Heberden, une ténosynovite des fléchisseurs des doigts des deux mains (non douloureuses), des douleurs des poignets, des coudes et des genoux non retrouvées cliniquement, une discopathie cervicale asymptomatique, ainsi qu'une rectocolite ulcéro-hémorragique. Le médecin du SMR a estimé, sur la base du rapport d'expertise précité et son complément, que si l'incapacité de travail était de 80 % du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2018 puis de 100 % dans l'activité habituelle depuis juillet 2018, il existait une capacité de travail de 80 % (100 % avec baisse de rendement de 20 %) dans une activité respectant les limitations fonctionnelles rhumatologiques (« *Pas d'effort de > 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux ni de rotations répétées du buste, comme du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 10 kg, permettre changement de position régulier* ») depuis juillet 2018.

Après avoir soumis le cas à sa division réadaptation (« REA – Rapport final » du 23 novembre 2020 [pièce 52]), l'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage (rapport d'enquête du 8 mars 2021 [pièce 54]), dont il ressort un statut 80 % active et 20 % ménagère ainsi qu'un total d'empêchements de 8,1 % dans l'exécution des travaux ménagers.

Par projet de décision du 29 mars 2021, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Ses constatations étaient les suivantes :

“Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Dès cette date, vous présentez des problèmes de santé et vous avez dû cesser votre activité d'auxiliaire polyvalente à 50 %.

Toutefois, conformément aux renseignements en notre possession et à vos déclarations, nous vous avons considérée comme une personne active à 80 % et ménagère à 20 %.

Une incapacité de travail à 100 % est médicalement attestée dans votre activité d'auxiliaire polyvalente.

Cependant, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, votre capacité de travail est estimée à 100 % avec une baisse de 20 %, soit une capacité de 80 %. Vous pouvez exercer par exemple une activité comme animatrice dans un EMS (activité qu'elle a déjà exercée par le passé). Elle pourrait également mettre la capacité de travail résiduel[le] en valeur dans un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement, comme aide-administrative (réception, scannage et autres).

A l'échéance du délai de carence d'une année, votre incapacité de travail et de gain est estimée à 37 % selon le calcul ci-dessous :

Dans votre situation, étant donné que vous n'avez pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer votre revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 54'954.62 à 100 %, en 2019 et CHF 43'963.69 à 80 %.

Par ailleurs, votre âge justifie d'appliquer un abattement de 5 % sur le salaire statistique précité. Votre revenu d'invalidité est donc de CHF 41'765.51.

Dans votre activité d'auxiliaire polyvalente et sans atteinte à la santé, vous auriez perçu en 2019 un revenu annuel de CHF 75'683.45 à 100 %.

Dans votre part active, votre empêchement est estimé à 44.82 %.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF	75'683.45
Revenu avec atteinte à la santé	CHF	41'765.51
Perte de revenu	CHF	33'917.94
Empêchement		44.82 %

Selon l'évaluation ménagère, vous présentez 8.10 % d'empêchements dans l'accomplissement de vos tâches ménagères.

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80 %	44.82 %	35.85 %
Ménagère	20 %	8.10 %	<u>1.62 %</u>
Degré d'invalidité			<u>37.47 %</u> "

Dans le cadre de sa contestation du 26 avril 2021, complétée le 21 mai 2021, l'assurée, alors représentée par X.\_\_\_\_\_, a d'abord invoqué que ses différentes atteintes à la santé non guérissables, chroniques et cycliques ainsi que les restrictions fonctionnelles induites étaient incompatibles avec une reprise du travail, même dans un emploi adapté ; à cet égard, elle s'étonnait de l'absence de mesures d'ordre professionnel en sa faveur. Elle s'estimait en mesure de travailler à 30 % au maximum et soutenait que, moyennant un abattement supplémentaire de 5 % pour les limitations fonctionnelles, l'empêchement dans la part active était de 85,23 %. Invoquant ensuite un total d'empêchements de 32,06 % dans l'exécution des travaux ménagers, déplorant que l'incidence de ses nombreuses crises à répétition n'avait pas été prise en compte lors de l'enquête, elle estimait présenter un degré d'invalidité de 74,59 % et avoir droit à une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, en tenant compte d'un empêchement de 60,63 % dans la part active et de 32,06 % dans l'accomplissement des tâches ménagères, elle alléguait présenter un degré d'invalidité de 54,91 %, et avoir droit à une demi-rente d'invalidité.

L'OAI a, par décision du 26 août 2021, confirmé la teneur de son projet de décision du 29 mars 2021. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, il s'est exprimé sur la contestation de l'intéressée.

**B.** Par acte du 30 septembre 2021, C.\_\_\_\_\_, représentée par Me Lauris Loat, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente lui est allouée « depuis la date et au taux que Justice dira », subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément

d'instruction et nouvelle décision. Elle a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise du W.\_\_\_\_\_ ainsi que l'avis du SMR qui a établi une synthèse sur dossier sans la rencontrer, en déplorant que les opinions divergentes de ses médecins (Dres E.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_) n'avaient pas été prises en compte. Ce faisant, elle a contesté la capacité de travail de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 % sur le plan rhumatologique, retenue dans des activités adaptées, étant d'avis, pour sa part, que la diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée à l'état de santé ne pouvait être inférieure à 70 % au moins. S'agissant du calcul du préjudice économique, en particulier du revenu d'invalidé, elle estimait avoir droit à un abattement « bien supérieur au taux de 20% de diminution de rendement retenu par l'AI » en raison des limitations fonctionnelles. Sous le bordereau de pièces joint à son mémoire, la recourante a notamment produit :

- un rapport d'ergothérapie du 30 août 2021, consécutif à deux séries de neuf séances du 1<sup>er</sup> juin au 30 août 2021, rédigé par l'ergothérapeute M.\_\_\_\_\_;

- un certificat médical du 15 septembre 2021 du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin traitant.

Dans sa réponse du 4 novembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant du rapport d'expertise du W.\_\_\_\_\_, rappelant également que le SMR s'était déterminé sur le dossier après avoir pris connaissance de l'ensemble des pièces, sans que par ailleurs les critiques de la recourante en lien avec l'abattement sur le revenu d'invalidé n'étaient de nature à modifier sa position.

Aux termes de déterminations sur recours du 4 novembre 2021, la recourante a confirmé ses précédentes conclusions. Sous le bordereau de pièces joint à cette écriture, elle a produit :

- un rapport du 18 octobre 2021 adressé à l'avocat par la Dre I.\_\_\_\_\_.  
Un rapport adressé le 12 octobre 2021 au Dr P.\_\_\_\_\_ par la  
Drel.\_\_\_\_\_ était également joint;

- un rapport du 26 octobre 2021 de la Dre E.\_\_\_\_\_;

- un courrier du 1<sup>er</sup> novembre 2021 intitulé « rapport de physiothérapie »  
adressé à la recourante par la physiothérapeute Q.\_\_\_\_\_.

Par écriture du 20 décembre 2021, l'intimé a estimé que les arguments développés par la recourante le 4 novembre 2021 n'étaient pas susceptibles de remettre en question sa position.

Aux termes de ses déterminations du 25 janvier 2022, indiquant s'en remettre à justice concernant le caractère probant de l'expertise du W.\_\_\_\_\_ et de l'avis du SMR « en balance avec les rapports de ses médecins traitants », la recourante a requis l'audition en qualité de témoin de son compagnon K.\_\_\_\_\_. Me Loat a remis sa liste des opérations.

**C.** Par décision du 4 octobre 2021, C.\_\_\_\_\_ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 septembre 2021. Elle a été exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires, ainsi que de toute franchise mensuelle. Elle a bénéficié d'un avocat commis d'office en la personne de Me Lauris Loat.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite du dépôt de sa demande du 15 novembre 2018.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 26 août 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par

l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**c)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**d)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles

activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**e)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**f)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bienfondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère

incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2021 consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

**g)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**4.** On relèvera, à titre liminaire et pour autant que de besoin, qu'il n'y a pas lieu de s'écarter du statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 % retenu par l'intimé, cette appréciation ne prêtant pas le flanc à la critique et n'est, du reste, pas contestée par la recourante.

**5. a)** Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir dans l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité) n'est plus déterminé sur la base du revenu effectivement réalisé, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (art. 27bis

al. 3 let. a RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021).

**b)** L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités – qui peuvent être assimilées à une activité lucrative – que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 s. de la Circulaire de l'OFAS (Office Fédéral des Assurances Sociales), valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, état au 1<sup>er</sup> janvier 2021, sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI ; ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références).

**6. a)** En ce qui concerne la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative, il convient de déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a retenu une capacité de travail de 100 %, avec baisse de rendement de 20 % d'ordre rhumatologique, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« *Pas d'effort de > 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux ni de rotations répétées du buste, comme du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 10 kg, permettre changement de position régulier* ») depuis juillet 2018.

**b)** Il n'y a pas lieu de s'écarter en l'espèce des conclusions de l'expertise du W. \_\_\_\_\_ et son complément.

**aa)** Sur le plan psychique, l'expert Z. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu de maladie psychiatrique, ni de trouble de la personnalité ni trouble de l'addiction chez l'assurée. Il a constaté qu'elle avait des ressources psychologiques ainsi que des mécanismes adaptatifs, même si ceux-ci

étaient légèrement diminués à cause de la douleur. Il a relevé, comme l'intéressée l'avait elle-même déclaré le 14 avril 2020 à l'OAI, l'absence de prise en charge psychiatrique ou psychologique, avec la prise de temps en temps du Temesta® pour dormir. Dans ces circonstances, il a estimé que l'intéressée était en mesure de fonctionner tout à fait normalement dans la vie quotidienne ; elle était en effet capable de s'adapter à des règles de routine, savait planifier et structurer ses tâches ; elle possédait de la flexibilité et la capacité de changement, pouvait mobiliser ses compétences et connaissances ; elle était apte à prendre des décisions, possédait du discernement, était capable d'initiatives et d'activités spontanées ; elle était par ailleurs en mesure de s'affirmer, de tenir une conversation et d'établir le contact avec des tiers ; elle pouvait vivre en groupe, lier d'étroites relations, prendre soin d'elle-même et subvenir à ses besoins ; enfin, elle disposait de mobilité et avait les moyens de se déplacer. Selon l'expert psychiatre, la capacité de résistance et d'endurance était légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée. Aucune incapacité de travail du point de vue psychiatrique n'a été retenue. Par conséquent, en l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant, une appréciation en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 3c supra) n'a pas à être effectuée (TF 9C\_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

**bb)** Sur le plan somatique, l'experte de la médecine interne a diagnostiqué une recto-colite ulcéro-hémorragique, K51.9. Lors de l'entretien, l'assurée a rapporté une consultation auprès d'un rhumatologue qui avait évoqué un diagnostic de spondylarthrite avec la proposition d'un traitement anti-TNF qu'elle n'avait pas voulu prendre. Plus, récemment, en décembre 2018, après une crise « monstrueuse » touchant à la fois les genoux, les coudes, les mains et les poignets avec des décharges électriques, un diagnostic de tunnel carpien avait été posé ; au vu de l'amélioration des symptômes après une prise en charge par une guérisseuse, une intervention programmée avait finalement été annulée. En raison des douleurs diffuses, un bilan effectué avait confirmé le diagnostic de maladie de Lyme, et la prise d'antibiotiques pendant un mois n'avait pas calmé les douleurs. L'assurée décrivait l'existence de

douleurs articulaires diffuses avec plusieurs diagnostics évoqués, à savoir la spondylarthrite, la fibromyalgie et la maladie de Lyme. Elle avait refusé la proposition d'un traitement anti-TNF par crainte des effets secondaires et poursuivait la physiothérapie (à la fréquence d'une fois par semaine) avec un effet bénéfique, ainsi que de l'auto-rééducation, avec un réel bénéfice au niveau des raideurs matinales. Elle continuait également la marche quotidienne, une heure le matin et une heure le soir. Elle disait limiter au maximum la prise d'antalgiques par crainte des effets secondaires et prenait ponctuellement du Co-Dafalgan®, mal supporté. Elle se soignait avec du curcuma, de la tisane des reines des prés et divers traitements à base de plantes, sans véritable efficacité rapportée. Il n'était pas retenu de perte de capacité de travail pour la médecine interne générale compte tenu de ressources disponibles chez l'assurée capable de s'adapter à des règles de routines, de planifier, de structurer les tâches, et qui pouvait s'assumer elle-même et prendre soin d'elle. Elle était apte à établir des contacts avec les autres. Il n'existait pas d'altération des relations sociales. Elle était par ailleurs autonome pour ses déplacements.

Sur le plan rhumatologique, l'expert a diagnostiqué, avec impact sur la capacité de travail, une spondylarthropathie dans le cadre d'une recto-colite hémorragique (M45), un canal carpien bilatéral (G56.0) ainsi qu'une douleur lombaire sur discopathie (M51.9). Sans incidence sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics d'arthrose des doigts avec nodosités d'Heberden, de ténosynovite des fléchisseurs des doigts des deux mains, une douleur des poignets, des coudes et des genoux non retrouvés cliniquement, ainsi qu'une discopathie cervicale sans douleur. Dans le cadre de son examen, l'expert a noté que l'assurée présentait une recto-colite ulcéro-hémorragique depuis 2014, associée à une spondylarthrite, qu'elle présentait par ailleurs un syndrome du canal carpien, ainsi qu'un syndrome dépressif. Il a relevé l'absence d'élément susceptible de faire penser à une polyarthrite inflammatoire, de trouble cutané, ophtalmologique ou urinaire. Il ne retrouvait également pas de xérostomie, xérophtalmie, syndrome de Raynaud ou arthrose évoquant une pathologie auto-immune. S'agissant des douleurs rachidiennes, la physiothérapie était un traitement extrêmement efficace. Sur le plan

social, l'expertisée était en stress permanent et angoissée. Selon la description rapportée par l'expert, le déroulement d'une journée-type était le suivant :

“L'expertisée se lève en général entre 5h30 et 6h, met une vingtaine de minutes pour se lever, va aux toilettes et passe ses mains sous l'eau. Elle va ensuite prendre un petit déjeuner. De préférence, elle prend sa douche le soir, dans une baignoire, car « c'est plus facile de grimper dans la baignoire le soir que le matin », l'eau chaude lui fait beaucoup de bien. Puis, le plus souvent le matin, elle se prépare pour sortir et va marcher entre 1 et parfois 2h en faisant des photos. Elle se sent beaucoup mieux quand elle rentre. Elle fait ensuite quelques travaux de ménages, petit à petit, prépare le dîner qu'elle partage avec son ami, puis fait généralement une sieste courte, souvent moins d'1h. Ensuite, elle va faire sa vaisselle, puis ressort pour remarcher. Elle en profite pour aller faire quelques courses, les grandes courses étant généralement effectuées par son ami. Ils soupent légèrement pain-fromage. Elle regarde peu la télévision, surtout des émissions sur YouTube. Elle va se coucher vers 22h, en général en s'endormant vite, grâce au Temesta qu'elle va prendre en moyenne 4x/semaine. Elle a également l'impression que le Temesta diminue sa douleur.”

Au status, hormis une statique montrant une légère scoliose lombaire, compensée en dorsale droite, la hauteur étant horizontale, la palpation du rachis montrait une douleur dorsale et lombaire sur la ligne des épineuses, et en paravertébrale droite et gauche, ainsi qu'une douleur sacro-iliaque des deux côtés, mais plus aiguë à droite. Il n'y avait pas de signe de la sonnette. L'examen des épaules était sans particularité. Il en allait de même des coudes et des poignets. S'agissant des mains, des nodosités d'Heberden sur les 2 et 3<sup>èmes</sup> doigts de main droite, et les 2 et 4<sup>èmes</sup> doigts de la main gauche, ainsi que des signes de téno-synovite du fléchisseur du 3<sup>ème</sup> doigt de la main gauche ainsi que des 3 et 4<sup>èmes</sup> doigts de la main droite ont été relevés. Il existait un signe de Tinel à droite, comme à gauche, mais sans douleur à la percussion du canal de Guyon, ni de douleur à la gouttière épitrochléo-olécraniennne. L'expert a constaté que l'assurée se plaignait auparavant de paresthésies dans les deux mains la nuit, mais bien améliorées par la mise en place d'atèles (*sic*). Elle portait également des genouillères et une ceinture lombaire, mais rarement. Pour le reste, les examens des hanches, des genoux et des chevilles était normaux. Cliniquement, le tableau montrait une atteinte diffuse inflammatoire avec réveils nocturnes et dérouillage matinal touchant

essentiellement le rachis lombaire et les talons, ainsi qu'une amélioration progressive jusqu'à une quasi-normalité dans la journée. Le traitement précédent par Salazopyrin® avait été très mal supporté, et l'assurée ne voulait pour l'instant pas prendre de traitement biologique. Depuis la prise du Temesta® le soir et la pratique de la physiothérapie de manière régulière, l'état somatique s'améliorait, ce qui se traduisait par une douleur ; l'assurée la situait à 2,5 sur 10 selon l'EVA (Echelle Visuelle Analogique). Selon l'expert rhumatologue, il n'était pas urgent d'envisager un traitement de fond pour l'instant, mais il convenait par contre de poursuivre la physiothérapie, et probablement l'intensifier. Par ailleurs, le syndrome du canal carpien avait bien été amélioré par la mise en place d'atèles (*sic*), lesquelles pouvaient néanmoins être plus systématiques. Il existait également la possibilité pour l'assurée de bénéficier d'infiltrations articulaires postérieures, comme cela lui avait déjà été proposé en décembre 2018 par le centre d'antalgie. Enfin, pour l'instant, les ténosynovites des doigts des deux mains n'étaient pas douloureuses et il n'y avait donc pas de geste spécifique à effectuer. En lien avec son appréciation des capacités, des ressources et des difficultés, cet expert a relevé que l'intéressée effectuait tous les gestes de la vie quotidienne exceptés ceux physiques (elle conduisait, marchait souvent plus d'une heure et demi deux fois par jour, et s'intéressait à la photo). Malgré cela, elle tenait un langage plutôt négatif par rapport à ses capacités physiques. De l'avis de l'expert si l'activité d'auxiliaire n'était plus exigible, dans une activité parfaitement adaptée, il n'existait pas de limitation rhumatologique en tenant compte toutefois d'une baisse de rendement en raison d'une maladie inflammatoire avec nécessité de changement de position régulier. Les limitations fonctionnelles retenues sur le plan rhumatologique étaient : « *Pas d'effort de soulèvement au-delà de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, ni de rotations répétées du buste, comme du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 10 kg. Changement de position régulier* ». La capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée au handicap physique a été estimée à 80 % (soit 100 % avec une baisse de rendement de 20 %) depuis juillet 2018. Par complément du 3 novembre 2020, l'expert rhumatologue a indiqué qu'une diminution de la capacité de travail pouvait être admise

depuis le début 2018, en raison de discopathies lombaire et cervicale, chiffrée à 20 % en janvier 2018 par la Dre I. \_\_\_\_\_, taux qui baissait à 0 % en lien avec la spondylarthrite ankylosante. Avant le mois de juillet 2018, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée aux restrictions listées.

**c)** Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans s'en tiendra donc à l'appréciation des experts du W. \_\_\_\_\_ sur les plans de la psychiatrie, de la médecine interne et de la rhumatologie. Ces experts ont dûment motivé leurs conclusions et ont distingué les éléments subjectifs basés sur les plaintes exprimées et leurs propres constatations médicales pour évaluer la capacité de travail. Dans ce contexte, l'heure à laquelle chaque spécialiste a examiné la recourante n'a aucune incidence sur la validité de l'expertise W. \_\_\_\_\_. Le fait que chaque expert n'a reçu l'intéressée qu'à une seule reprise alors que sa maladie est cyclique n'est également pas susceptible de remettre en cause l'expertise en question ; au demeurant, il importe de rappeler que le rôle de l'expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé du patient dans un délai relativement bref (TF 9C\_812/2014 du 16 février 2015 consid. 4.1 et les références). L'expertise multidisciplinaire du W. \_\_\_\_\_ et son complément ne souffrent pas de contradictions ni de défauts manifestes et ont ainsi pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 3e supra).

**d)** Les rapports dont se prévaut la recourante ne permettent pas de s'écarter des constatations des experts du W. \_\_\_\_\_.

Les 9 janvier et 9 avril 2019, la Dre E. \_\_\_\_\_ diagnostique, avec effet sur la capacité de travail, une spondylarthrite avec sacro-iliite droite depuis 2018, une discopathie de type Modic 2 L4-L5 depuis 2017, une arthrose rachidienne pluri-étagée, une rectocolite ulcéro-hémorragique ainsi qu'une polyarthrose des doigts depuis 2014. La médecin traitante de l'époque estime alors la capacité de travail comme nulle dans l'activité d'aide-soignante depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018, puis à 20 % dans une activité adaptée dès le 8 janvier 2019 et à 30 % à partir du 16

janvier 2019. Les limitations fonctionnelles sont des douleurs polyarticulaires et rachidiennes. Dans le second rapport, cette situation est décrite comme stationnaire, avec une baisse de mobilité et la persistance des douleurs lombaires, aux talons ainsi qu'aux coudes. Cette analyse du cas ne comporte aucun élément qui n'aurait pas dûment été étudié, ni scrupuleusement pris en compte lors de l'expertise du W. \_\_\_\_\_ mais procède tout au plus d'une appréciation divergente, par un médecin généraliste, d'une situation médicale identique à celle prise en compte par les experts l'année suivante.

Quant aux rapports des 6 novembre 2018, 30 janvier 2019 et 7 avril 2020 rédigés par la Dre I. \_\_\_\_\_, il en ressort des diagnostics d'une atteinte mixte inflammatoire du rachis (discopathie type Modic 2, L4-L5 et arthrose postérieure pluri-étagée), d'une spondylarthrite (sacroiliite droite), d'une polyarthrose des doigts, tunnel carpien droit et probablement gauche, d'une maladie de Dupuytren des 3 et 4<sup>èmes</sup> rayons prédominant à droite, d'une rectocolite ulcéro-hémorragique et d'un épuisement, voire d'état dépressif, depuis plusieurs années. Dans le cadre d'une situation tenue pour stationnaire, la capacité de travail est considérée comme nulle dans l'activité d'auxiliaire de CMS et d'une à deux heures par jour (soit 20-30%) dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles (à savoir, tout mouvement répétitif du tronc, flexion, extension, rotation, le port de charge répétitif supérieur à dix kilos ainsi que les positions prolongées) depuis la première consultation de l'assurée le 7 septembre 2018. Le traitement mis en œuvre alliait la prise de médicaments et la physiothérapie. A nouveau, cette appréciation divergente de la capacité de travail résiduelle de l'assurée ne comporte aucun élément dont les experts du W. \_\_\_\_\_ n'ont pas déjà dûment tenu compte. Dans le cadre de son suivi de l'assurée, la Drel. \_\_\_\_\_ n'a elle-même d'ailleurs certifié aucun arrêt de travail.

Etant rappelé que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.2.1 ; 121 V 362 consid. 1b et les

références ; TF 8C\_590/2018 du 4 juillet 2019 consid. 6.1), les rapports des médecins et intervenants produits ultérieurement au stade de la procédure de recours n'ont en principe pas à être examinés. Cela étant, on constate de toute manière que ces éléments ne permettent pas de se distancer des constatations des experts.

Le certificat médical du 15 septembre 2021 du Dr P.\_\_\_\_\_, consulté depuis le 29 juillet 2021 par l'assurée, rapporte une spondylarthrite ankylosante ainsi qu'une rectocolite ulcéro-hémorragique, diagnostics déjà connus des experts. Il y est indiqué que pour ces atteintes à la santé la patiente est suivie par la Dre I.\_\_\_\_\_ et que l'assurée présente un syndrome dépressif réactionnel à l'état physique ainsi qu'aux douleurs. Ce médecin note également une indication, selon la Dre I.\_\_\_\_\_, à instaurer un traitement médicamenteux anti-TNF qui ne peut être démarré pour des motifs financiers selon la patiente. Enfin, le Dr P.\_\_\_\_\_ écrit qu'il lui paraît opportun de demander un rapport directement à la Dre I.\_\_\_\_\_ qui connaît bien l'assurée alors que lui-même ne la suit que depuis peu de temps. La Cour ne peut se fier aux constatations indirectes du nouveau médecin traitant qui n'a été consulté que très peu de temps avant la décision d'août 2021. Au demeurant, le Dr P.\_\_\_\_\_ n'atteste aucune incapacité de travail de sa patiente et ne fait état d'aucun suivi sur le plan psychiatrique. De par son contenu, le rapport de septembre 2021 du nouveau médecin de l'assurée n'est dès lors pas de nature à rediscuter valablement le travail des experts du W.\_\_\_\_\_.

Le rapport d'ergothérapie du 30 août 2021 n'émane pas d'un médecin mais est rédigé par l'ergothérapeute M.\_\_\_\_\_. Il s'en suit que ce document ne saurait, de par sa nature, valablement discuter la fiabilité du rapport d'expertise W.\_\_\_\_\_ et de son complément. C'est en effet aux experts médicaux qu'il appartient d'évaluer l'état de santé de la personne assurée et les répercussions de celui-ci sur la capacité de travail (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; TF 8C\_398/2014 du 28 octobre 2014 consid. 4.3.1). Après la description du contenu des deux séries de séances suivies du 1<sup>er</sup> juin au 30 août 2021, l'intervenante se limite à constater qu'une reprise de travail est très compromise, vu l'âge et la formation

professionnelle de l'assurée au motif qu'elle devrait bénéficier d'un poste adapté, soit alternant les positions de manière régulière, sans activités répétitives et « bouger mais pas trop et surtout correctement pour ne pas déclencher des crises ». Ce pronostic repose uniquement sur le constat de douleurs cycliques et chroniques (au dos, à la nuque, des coudes et des mains) affectant l'assurée. Dans cette mesure, il n'y a donc aucun élément nouveau dont les experts du W.\_\_\_\_\_ n'ont pas déjà eu connaissance lors de leurs examens respectifs.

Aux termes de son rapport du 18 octobre 2021, rappelant les différents diagnostics retenus, la Dre I.\_\_\_\_\_ décrit une situation qui n'a pas évolué depuis le début de son suivi le 7 septembre 2018. A ses dires, les traitements sont compliqués à mettre en œuvre en raison des effets secondaires (digestifs) chez la recourante affectée d'une rectocolite ulcéro-hémorragique. Ce faisant, elle renvoie aux divers examens radiologiques dont une IRM montrant des altérations mixtes, à savoir dégénératives et inflammatoires, en précisant que la sacro-iliite est désormais localisée plutôt à gauche, et non plus uniquement à droite. S'agissant de la composante inflammatoire, la Dre I.\_\_\_\_\_ émet des doutes sur le succès d'une biothérapie en raison notamment du risque de mauvaise tolérance. Elle ajoute qu'un tel traitement n'agirait pas sur les troubles dégénératifs. Elle se positionne par ailleurs sur les restrictions fonctionnelles, rappelant la nécessité de changer de positions, une limitation des mouvements répétitifs du tronc ainsi que le port de charge répétitif limité. Pour la Dre I.\_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assurée est nulle dans toute activité. Selon l'annexe du 12 octobre 2021, elle confirme au Dr P.\_\_\_\_\_ ses réserves liées à une biothérapie en lien avec la maladie de Lyme ainsi qu'une nouvelle période de crise traversée par l'assurée, avec des douleurs et une limitation de la mobilité de tout le rachis. La lecture de ce rapport ne permet pas de comprendre quels sont les motifs médicaux objectifs justifiant la prise en compte d'une totale incapacité de travail de l'assurée même dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Un tel constat ne peut donc pas être partagé par la Cour de céans faute de disposer des explications médicales nécessaires.

Le 26 octobre 2021, la Dre E. \_\_\_\_\_ ne fait que reprendre l'historique médical de la recourante depuis sa première consultation le [...] jusqu'à son évaluation du cas en 2019. Il n'en ressort donc aucun élément médical nouveau à ceux déjà rapportés par la médecin traitante de l'époque et dont les experts du W. \_\_\_\_\_ n'auraient pas eu connaissance.

Enfin, dans un rapport de physiothérapie du 1<sup>er</sup> novembre 2021, la physiothérapeute Q. \_\_\_\_\_ a mentionné qu'une amélioration de l'état général de l'assurée était intervenue au bout de seulement neuf séances débutées en novembre 2019. Toutefois, quatre mois plus tard, des douleurs importantes étaient réapparues justifiant une nouvelle prise en charge ininterrompue depuis avril 2020. Elle a préconisé la reprise d'une activité sans charge, sans contrainte articulaire, et dans laquelle l'assurée pourrait s'arrêter chaque fois que nécessaire pour éviter que la douleur n'augmente trop ; dans cette activité, le mouvement doux devait être privilégié, avec des changements de positions ainsi qu'un rythme doux et sans contrainte de vitesse. Compte tenu des douleurs variables, sa thérapeute a également estimé que, dans son quotidien, l'assurée devait arrêter ses activités et se reposer, ralentissant toutes ses activités. De son point de vue, les activités préconisées par l'OAI d'ouvrière de conditionnement, d'ouvrière à l'établi, d'assistante socio-éducative, dans le domaine industriel n'étaient pas adaptées à l'état physique et aux limitations fonctionnelles de sa patiente. Il convient de retenir que ce rapport de physiothérapie ne permet pas de rediscuter valablement les constatations des experts du W. \_\_\_\_\_, faute d'émaner d'un médecin. Il ne contient du reste aucune estimation précise de la capacité de travail résiduelle de la recourante, et ne décrit en particulier pas quelles sont les activités adaptées à son état de santé.

**e) aa)** Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements

médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces divers documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées).

**bb)** En l'occurrence, c'est à tort que la recourante reproche à la Dre T.\_\_\_\_\_, du SMR, de ne pas l'avoir elle-même examiné. Après examen de l'ensemble du dossier, le SMR a préconisé à juste titre la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Dans son rapport du 9 novembre 2020, le SMR s'est finalement déterminé sur le cas de la recourante après avoir pris connaissance de l'ensemble des pièces du dossier, en particulier le rapport d'expertise W.\_\_\_\_\_ du 25 septembre 2020 et son complément du 3 novembre 2020. Dans ces conditions, l'appréciation du SMR ne saurait être écartée.

**f)** La recourante fait en outre valoir qu'elle n'est pas en mesure d'assumer une activité adaptée à 100 % avec une baisse de rendement de 20 % sur le plan rhumatologique sans risque d'entraîner une dégradation plus intense de son état de santé. A cet égard, elle est d'avis que les activités envisageables, et retenues par la division réadaptation de l'OAI, nécessitent une bonne condition physique qui lui fait défaut.

Les limitations fonctionnelles retenues sont pour rappel : « *Pas d'effort de soulèvement au-delà de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-*

*faux de buste, ni de rotations répétées du buste, comme du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 10 kg. Changement de position régulier* ». En l'espèce, la recourante ne présente aucune limitation fonctionnelle concernant l'usage des mains, au vu de la stabilité des pathologies constatées par les experts du W.\_\_\_\_\_ à ce niveau. On ne saurait y voir un quelconque frein à la reprise d'une activité adaptée. Il existe en effet un large éventail d'activités variées et non qualifiées accessibles à la recourante au vu de ses limitations fonctionnelles qui se limitent au port de charges légères ainsi qu'au changement régulier de positions (cf. TF 9C\_497/2012 du 7 novembre 2012 ; TF I 383/2006 du 5 avril 2007 consid. 4.4). On peut dès lors se rallier au point de vue de l'OAI selon lequel le type d'activité qui pourrait être réalisé est un emploi comme animatrice en EMS (activité déjà exercée par le passé) ainsi qu'un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement, ainsi que comme aide-administrative (réception, scannage et autres ; cf. pièce 51).

**g)** Aussi convient-il de retenir, sur la base de l'expertise du W.\_\_\_\_\_ et son complément, que la recourante présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« *Pas d'effort de soulèvement au-delà de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, ni de rotations répétées du buste, comme du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 10 kg. Changement de position régulier* »), moyennant une diminution de rendement de 20 % sur le plan rhumatologique, depuis juillet 2018.

**h)** Dans la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative, il convient encore d'examiner le bien-fondé de la comparaison des revenus effectuée par l'office AI.

**aa)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution

vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**bb)** En l'occurrence, il y a lieu de se référer à la dernière activité exercée par la recourante avant la survenance de l'incapacité de travail pertinente, soit l'activité d'auxiliaire polyvalente à 50 %, de décembre 2015 à juillet 2018, auprès de l'A.\_\_\_\_\_. Sur la base du rapport complété le 14 décembre 2018 par l'ex-employeur et l'extrait de compte salaire joint, la recourante aurait pu obtenir, en 2018, un revenu annuel de 37'653 fr. 45 pour son activité à mi-temps. Adapté à l'évolution des salaires pour 2019 (+ 1 % [Office fédéral de la statistique, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2020, T39]), le revenu sans invalidité se serait élevé à 76'059 fr. 95 pour une activité exercée à 100 %.

**cc)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS

correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**dd)** La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

**ee)** Dans le cas présent, le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) était, en 2018, de 4'371 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2018, TA 1, niveau de qualification 1). Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2018, à savoir 41,7 heures (La Vie économique, tableau 9.2), ce montant doit être porté à 4'556 fr. 75, et pour 2019 à 4'602 fr. 30 (+ 1 % ; cf. T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2020). Compte tenu de la diminution de rendement de 20 % retenue par les experts et d'un abattement de 5 % au vu de l'âge restreignant les perspectives salariales de la recourante, le revenu d'invalidité s'élève ainsi à 3'497 fr. 75 ( $[4'602 \text{ fr. } 30 - 20 \text{ \%}] - 5 \text{ \%}$ ), ce qui correspond à un revenu annuel de 41'973 francs ( $3'497 \text{ fr. } 75 \times 12$ ). A cet égard, contrairement à ce que soutient la recourante, il ne convient pas d'appliquer un taux d'abattement supplémentaire, dans la mesure où les limitations

fonctionnelles ont déjà été prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. Une diminution de rendement de 20 % a été retenue précisément pour prendre en compte le caractère inflammatoire de la maladie, nécessitant notamment des changements de position réguliers.

**i)** Le degré d'invalidité pour la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative s'élève, après comparaison du revenu sans invalidité (76'059 fr. 95) avec le revenu d'invalidité (41'973 fr.), à 44,81 % ( $[(76'059 \text{ fr. } 95 - 41'973 \text{ fr.}) / 76'059 \text{ fr. } 95] \times 100$ ).

**7. a)** Pour la part que l'assurée consacre à l'accomplissement de ses travaux habituels, au stade de la procédure administrative, la recourante a critiqué le rapport d'enquête économique sur le ménage du 8 mars 2021 retenant des empêchements pour un total de 8,1 %. Au stade de la contestation, elle a fait valoir à cet égard sa propre appréciation de la situation évaluant, pour sa part, un total d'empêchements de 32,06 %.

**b)** Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C\_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), on admet que si la personne assurée n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, elle doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C\_568/2017 du 11 janvier 2018 consid. 5.4).

**c)** En l'espèce, la recourante n'a fourni aucun élément concret à l'appui de sa critique du rapport d'enquête économique sur le ménage. Aucun indice n'est propre à remettre en cause l'appréciation à laquelle s'est livrée l'enquêtrice de l'OAI. L'entretien réalisée par téléphone en raison de la situation sanitaire liée au Covid-19 a en effet permis à cette dernière d'évaluer soigneusement les empêchements ménagers, et cela poste par poste. Cette enquêtrice qualifiée a eu connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des atteintes à la santé de l'assurée. Ainsi, sous la rubrique intitulée « 2.- Atteinte à la santé selon les indications de l'assurée » du rapport d'enquête économique sur le ménage du 8 mars 2021, il est notamment écrit :

“L'assurée est divorcée. Elle a deux enfants adultes et elle réside avec son compagnon, chez qui elle a emménagé lorsqu'elle a quitté son dernier emploi, en 2018.

Une expertise multidisciplinaire a été menée le 25.09.2020 (GED, 28.08.2020). Il en ressort notamment, que l'assurée effectue tous les gestes de la vie quotidienne, dont le ménage et la lessive, à l'exception des gestes physiques.

Les douleurs que l'assurée ressent sont toujours autant présentes dans leur intensité. Les douleurs sont fluctuantes d'un jour à l'autre, sans raison précise.

L'assurée a néanmoins l'impression que les douleurs sont plus intenses en hiver.

Une rigidité matinale est particulièrement importante, et il faut plusieurs heures de dérouillage avant que l'assurée ne puisse retrouver une mobilité satisfaisante.

Une intervention aux mains était initialement prévue, mais a finalement été abandonnée, les douleurs étant probablement induites par la spondylarthrite et non dues au canal carpien. Les douleurs sont en rémission à cet endroit et l'assurée ne porte plus ses attelles ces derniers temps.

Au centre de la douleur, une proposition de traitement d'infiltration avait été faite il y a deux ans, ainsi qu'un traitement d'immunosuppresseur injectable, mais aucun d'entre eux n'a finalement été mis en application, l'assurée ayant peur des effets secondaires.

Elle préfère avoir recours aux traitements en dernière option.

Elle ne prend ses traitements antalgiques oraux qu'en cas de nécessité, environ 3 fois/semaine.

Les douleurs la réveillent régulièrement la nuit, et pour se rendormir, l'assurée prend du Temesta 2-3 fois/semaine.

Elle a également eu recours à plusieurs traitements alternatifs naturels.

L'assurée poursuit ses séances hebdomadaires de physiothérapie, qui l'aide beaucoup à améliorer sa souplesse. Elle essaye de se mobiliser le plus souvent possible, en marchant, se rendant compte que cela influe favorablement sur ses douleurs.

Elle consulte son rhumatologue 2-3 fois/an, selon ses besoins.

L'assurée avait initié un suivi psychothérapeutique début 2019, qu'elle a interrompu en avril 2019, dans le contexte d'idéation suicidaire, conséquence des fortes douleurs qu'elle ressentait à ce moment-là.

Elle nous explique avoir décidé d'arrêter ce suivi car il ne lui apportait pas de bénéfice et elle n'avait pas réussi à établir une relation de confiance avec la thérapeute.

[...]

L'assurée nous explique que son compagnon souffre également de problèmes de santé.

Effectivement, ce dernier a subi un triple pontage il y a 3 ans notamment, et a subi de nombreuses interventions.

Il souffre toujours de douleurs physiques importantes au niveau des hanches, des genoux et des chevilles.

En raison de ses douleurs, il ne peut marcher plus de 15-20 minutes.

Limitations fonctionnelles selon les indications de l'assurée :

- Physiques : douleurs généralisées aux articulations, genoux, coudes, haut et bas du dos, nuque, mains, céphalée chronique, rigidité matinale, changement de position et mobilisation réguliers, troubles de la motricité fine
- Psychiques : préoccupations constantes liées à l'anticipation des activités quotidiennes prévues, moral en baisse en lien avec les douleurs physiques.

Impotence :

L'assurée est autonome pour l'entier des actes de la vie quotidienne et ne nécessite pas d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Derniers médecins consultés :

Dr E. \_\_\_\_\_, MT [médecin traitant], [...]

Dr I. \_\_\_\_\_, rhumatologue, [...]

Dr V. \_\_\_\_\_, chirurgie de la main, [...]

[...], [...]

Dr H. \_\_\_\_\_, neurologue, [...]

Précédents séjours à l'hôpital ou en clinique :

Néant"

Comme l'a observé l'OAI dans son courrier d'accompagnement de la décision attaquée, il sied de constater que l'enquêtrice a tenu compte de difficultés dans la motricité fine bien que cela ne soit pas retenu au titre de limitation fonctionnelle ; les divers empêchements ont donc été évalués de manière favorable à l'assurée. Dans sa contestation du 21 mai 2021, l'intéressée a indiqué qu'hors crises, elle pouvait effectuer un peu de ménage, mais en devant s'arrêter après un certain temps en raison des douleurs, et ainsi lisser ses activités sur plusieurs jours, pouvant de plus s'organiser en fractionnant ses travaux ménagers. L'intéressée avait dès lors la possibilité de s'organiser pour exécuter ses travaux ménagers à son rythme. S'agissant des périodes de crises durant lesquelles l'assurée a allégué présenter des possibilités davantage réduites, l'enquêtrice de l'OAI a correctement tenu compte de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage) pour son évaluation des empêchements. Elle a noté, en ce sens, qu'« une partie des tâches ménagères lui sont dorénavant difficiles, voire impossibles, en raison de ses limitations fonctionnelles. L'aide de son compagnon est exigible et a été considérée dans la fixation des empêchements. Cependant nous n'avons pas admis une aide exigible du compagnon pour tous les postes, la propre situation de santé de ce dernier ayant été prise en compte ».

Faute pour la recourante, outre ses propres allégations, de faire état d'éléments concrets justifiant de se distancer de la position de l'OAI, conformément au rapport d'enquête économique sur le ménage du 8 mars 2021, il y a donc lieu de s'en tenir au constat d'un total d'empêchements de 8,1 % dans l'accomplissement des travaux ménagers.

**8.** Le taux d'invalidité global doit être fixé à 37,46 % ( $[44,81 \% \times 0,8] + [8,10 \% \times 0,2]$ ), arrondi à 37 % (cf. ATF 130 V 121), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (cf. consid. 3b supra).

**9.** Dans un dernier moyen, la recourante reproche à l'intimé d'avoir refusé l'octroi de mesures de réadaptation.

**a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et réf. cit.), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C\_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et la jurisprudence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié *in* : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et réf. cit.).

**b)** *In casu*, la recourante présente un degré d'invalidité supérieur à 20 %, de sorte qu'il convient d'examiner son droit à des mesures de réadaptation. Celles-ci lui ont été refusées par l'OAI au motif que son service de réadaptation a estimé qu'aucune d'entre elles n'était de nature à réduire le préjudice économique de l'intéressée (cf. pièce 52). Par ailleurs, les experts ont relevé que « l'expertisée a du mal à se projeter, ne se voit pas reprendre une activité professionnelle (cf. rapport d'expertise, p. 15) ». Dans ces circonstances, des mesures de réadaptation n'avaient donc pas à être allouées, dès lors qu'elles étaient vouées à l'échec selon toute vraisemblance (cf. consid. 9a supra).

En définitive, et comme elle en a été informée, la recourante pourra bénéficier, si nécessaire, de l'aide du service de placement de l'OAI sur simple demande écrite afin de retrouver une activité professionnelle (cf. courrier accompagnant la décision attaquée du 26 août 2021, p. 2).

**10.** On rappellera à toutes fins utiles qu'il est loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI si elle estime avoir subi ultérieurement à la décision litigieuse une péjoration substantielle de son état de santé susceptible d'influer sur ses prestations de l'assurance-invalidité.

**11.** Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par la recourante dans ses déterminations du 25 janvier 2022 - à savoir l'audition en qualité de témoin de son compagnon K. \_\_\_\_\_ - doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**12. a)** En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**d)** La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Lauris Loat peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 25 janvier 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 4'445 fr. 40 (sur la base de vingt-trois heures et vingt-cinq minutes de travail d'avocat annoncées), dont des débours par 210 fr. 75 et la TVA par 19 fr. 65 (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**e)** La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 26 août 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Lauris Loat, conseil de la recourante, est arrêtée à 4'445 fr. 40 (quatre mille quatre cent quarante-cinq francs et quarante centimes), débours et TVA compris.
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Lauris Loat (pour C. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :